TITRES

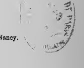
ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur G. MICHEL

Chef de Clinique chirurgicale à la Faculté de Nancy.



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1901

TITRES

Externe des hopitaux de Nancy, Concours de 1894.

Interne des hopitaux de Nancy, Concours de 1896.

Aide d'anatomie a la Faculté de Nancy, Concours de 1894.

Prosecteur d'anatomie, Concours de 1895.

Docteur en médecine, mai 1898.

Chef de clinique chirurgicale a la Faculté, juillet 1898.

Lauréat de la Faculté.

Prix de quatrième année (Chirurgie, Accouchements).
Mention honorable, Prix de l'Internat.
Mention honorable au prix de Thèse.

Membre de la Société de médecine de Nancy.

Membre de l'Association française de chirurgie.

ENSEIGNEMENT

Participation aux travaux pratiques d'anatomie.

Participation aux travaux pratiques de médecine opératoire.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

1° ANATOMIE

De l'arrière-cavité des épiploons au point de vue topographique. — In Thèse de Nancy, 1898. *(Hématome de l'arrière-cavité des épiploons.)*

Cette thèse comprend deux parties distinctes :

Dans l'une, nous avons étudié au point de vue clinique et thérapeutique les épanchements sanguins collectés dans l'arrière-cavité des épiploons.

Mais avant d'aborder cette étude clinique, dans le but de l'éclaircir, nous avons cru bon de la faire précéder de quelques recherches sur l'anatomie de l'arrière-cavité des épiploons. Ce sont ces points d'anatomie, constituant la deuxième partie de notre thèse, que nous allons analyser ici, réservant la partie clinique pour le moment où nous aurons à nous occuper de la pathologie chirurgicale.

Cavité virtuelle à l'état normal, l'arrière-cavité est bien connue; on lui considère une partie principale et trois prolongements.

La *partie principale* se trouve située en arrière de l'estomac, entre la face postérieure de cet organe et la partie correspondante de la paroi abdominale antérieure.

Le *prolongement inférieur* est l'espace compris entre les deux lames antérieure et postérieure de l'épiploon gastro-côlique ou grand épiploon.

Le *prolongement gauche* est cette espèce de cul-de-sac situé entre la grosse tubérosité de l'estomac et le hile de la rate.

Le *prolongement droit* représente une sorte de couloir faisant communiquer par l'intermédiaire de l'hiatus de Winslow, l'arrière-cavité proprement dite et la grande cavité péritonéale. C'est cette partie qui est décrite sous le nom de vestibule de l'arrière-cavité des épiploons.

Ce qui était intéressant pour nous, c'était d'étudier les rapports de cette arrière-cavité et de ses prolongements avec la paroi abdominale et les viscères de la partie supérieure de l'abdomen, après l'avoir transformée en cavité réelle, par conséquent après nous être mis

dans les conditions où l'on se trouve quand il existe un épanchement dans son intérieur.

Pour réaliser ces conditions, nous avons injecté de la gélatine de préférence à la cire à cause de son élasticité et de sa résistance après solidification.

Pour ne pas détruire tous les rapports, voici comment nous avons procédé :

Au moyen d'une incision longue de 3 à 4 centim., parallèle au bord inférieur de la 10e côte, à un travers de doigt au-dessous de celle-ci, nous tombions sur la face antérieure de l'estomac. Grâce à une petite incision de cette paroi, nous avions accès sur la paroi postérieure, que nous sectionnions à son tour, ce qui nous permettait d'introduire une grosse canule qu'une ligature fixait.

Nous injections alors une quantité variable de gélatine, cela sous une faible pression.

Après l'injection, nous attendions vingt-quatre heures pour que la solidification soit complète. Il nous était alors possible d'étudier l'arrière-cavité remplie, ses rapports avec les parois thoracique et abdominale, avec les principaux viscères de la partie supérieure de l'abdomen.

Nous mobilisions sur la partie gauche du thorax un volet obtenu par la résection des cinq dernières côtes; après incision, la paroi abdominale était rabattue en bas.

Chez trois sujets dont l'hiatus de Winslow était oblitéré (nous reviendrons sur cette oblitération), les rapports avec la paroi abdominale et la paroi thoracique étaient les suivants :

Le moule occupait l'hypochondre gauche, la région sus-ombilicale et dépassait un peu la ligne médiane.

A gauche, la partie supérieure était en rapport avec la 6e côte; en arrière et sur les côtés, avec la région lombaire.

Quant aux rapports de la face antérieure et du bord inférieur de ce moule avec l'estomac, ils étaient variables.

D'après nos recherches, nous pouvons dire que par rapport à l'arrière-cavité des épiploons remplie, l'estomac peut occuper trois situations.

Il peut recouvrir en totalité le moule. C'est la disposition la plus habituelle. Mais le bord inférieur de ce moule peut déborder la grande courbure de l'estomac et faire saillie entre elle et le côlon transverse qui est alors en situation plus basse que normalement.

Enfin, il se peut que le moule soit recouvert par l'estomac, au niveau de sa face antérieure et de son bord inférieur; mais le bord supérieur et une partie de la face antérieure déborde la petite cour-

bure, il vient faire saillie au-dessus de cette petite courbure entre elle et le foie, n'étant séparé de la paroi abdominale que par le feuillet péritonéal, qui forme l'épiploon gastro-hépatique.

Nous reverrons l'importance de ces rapporte au point de vue clinique.

A gauche, l'arrière-cavité remplie était en rapport avec la rate qui, dans toutes nos observations, était eituée en haut et en arrière, de eorte que la masse solidifiée dépassait l'extrémité inférieure de cet organe et était en rapport avec la paroi abdominale par l'intermédiaire de l'angle du côlon transverse et du côlon descendant.

Aprés incision du grand épiploon le long de la grande courbure, l'estomac étant relevé en haut, il était facile d'extraire le moulc.

Lee empreintes de sa face inférieure montraient alors les rapports intimee avec la paroi abdominale postérieure et les vaisseaux du pancréas.

Lee moules enlevés représentaient un ovoïde irrégulier, on pouvait leur dietinguer deux extrémités.

Une extrémité gauche, la plus volumineuee, la plus irrégulière, était celle qui remplissait le prolongement gauche de l'arrière-cavité. L'extrémité droite, plus petite, répondait à l'hiatus et au vestibule de l'arrière-cavité.

A ce niveau, sur sa face antérieure, le moule montrait l'empreinte du duodénum de la portion allant du pylore au foie.

Hiatus de Winslow. — L'orifice qui fait normalement communiquer l'arrière-cavité des épiploons avec la grande cavité péritonéale, est loin d'être toujours perméable ; il est souvent oblitéré, comblé par des adhérences qui peuvent avoir pour origine des lésions inflammatoires des voies biliairee. Dans nos recherches, nous l'avons très souvent trouvé oblitéré.

De plus, il est certaines dispositions anatomiques, signalées par Broesike, que nous avons pu vérifier, qui font que l'orifice de communication n'existe pas.

Cela est dû à la soudure du ligament hépato-rénal et du ligament hépato-duodénal, le ligament bépato-duodénal étant la partie de l'épiploon gastro-hépatique qui avoieine l'hiatus de Winslow et qui s'étend de la première portion du duodénum au hile du foie.

De plus, le bord libre du ligament hépato-duodénal n'est pas toujours formé par le canal cholédoque. Ce bord libre peut s'étendre jusqu'à 3 centim. plus loin que ce conduit d'excrétion biliaire, disposition qui favorise beaucoup l'accolement des deux ligaments précités.

Les rapports du duodénum et du pancréas sont intimes.

Or, quand il y a un épanchement dans l'arrière-cavité des épiploons, à cause de la fixité du duodénum, les rapports sont modifiés.

En injectant l'arrière-cavité des épiploons, nous avons eu la preuve de l'action d'un épanchement sur cette portion du tube digestif.

La masse qui remplissait le vestibule de l'arrière-cavité des épiploons soulevait la première partie du duodénum.

Celui-ci, fixé par les connexions intimes de sa portion descendante avec le pancréas, ne pouvait fuir au-devant de la masse.

Il était tendu fortement au-dessus d'elle ; on en avait la preuve en examinant les plis longitudinaux qui se trouvaient sur la partie supérieure du moule, au niveau de son extrémité droite.

Dans le cas d'épanchement sanguin considérable, ces modifications de rapport ont une grande importance au point de vue clinique et expliquent, croyons-nous, les symptômes gastriques que l'on trouve signalés dans toutes les observations.

Ces recherches anatomiques nous ont donc montré les rapports de l'arrière-cavité des épiploons transformée en cavité réelle avec la paroi d'une part, d'autre part avec les viscères.

Elles nous ont montré aussi, pourquoi un liquide du sang, dans le cas qui nous a occupé, avait tendance à se collecter, à cause de la situation déclive de la portion principale et du prolongement gauche, à cause aussi de l'oblitération de l'orifice de communication.

2° TÊTE ET COU

Contribution à l'étude des kystes dentaires du maxillaire supérieur. Leurs rapports avec le sinus maxillaire. Leur traitement — En collaboration avec le Dr P. JACQUES, agrégé, chargé de la clinique d'oto-laryngologie. — *Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie,* janvier 1900.

Dans cette monographie, nous montrons que l'on peut diviser les kystes du maxillaire supérieur en deux groupes cliniquement distincts :

Les kystes antérieurs ;

Les kystes postérieurs.

1° Les kystes qui se développent au niveau de la canine, des prémolaires, *kystes antérieurs,* sont des kystes à développement externe, à développement facial.

Ils n'ont que des rapports de contiguïté avec le sinus.

2° *Les kystes postérieurs,* ceux qui se développent aux dépens des grosses molaires, ont des rapports plus intimes avec l'antre d'Highmore. Ces kystes, en augmentant de volume, repoussent devant eux le plancher du sinus et se développent dans sa cavité, qu'ils effacent petit à petit ; ou bien, grâce à une perforation de ce plancher, fait que nous croyons très rare, ils peuvent envahir la cavité sinusienne et y épancher leur contenu.

Pour ces kystes à évolution sinusienne, nous proposons comme traitement la simple mise au jour de la cavité kystique suivie de la destruction aussi parfaite que possible de son revêtement, puis l'établissement d'une communication large avec l'antre par effondrement de la cloison qui sépare le kyste de ce sinus ; enfin la suture immédiate et complète de la plaie buccale.

Dans les cas où nous avons appliqué ce mode de traitement, nous avons obtenu la guérison totale en une ou deux semaines, sans tamponnement, lavages ni drainages d'aucune sorte. Au contraire, avec les autres méthodes de traitement, il est difficile de prévenir la fistule buccale, qui persiste longtemps et permet souvent l'infection de l'ancienne cavité kystique.

De la thyrotomie chez les enfants pour tumeurs bénignes du larynx. — En collaboration avec le Dr Jacques. — *Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie.* (Sous presse.)

La thyrotomie a été jusqu'à présent une opération peu en faveur en France, tant chez les chirurgiens que chez les spécialistes ; mise à l'ordre du jour du Congrès international de 1900, elle a fait l'objet de remarquables rapports qui ont tous fait valoir les précieuses ressources que nous sommes en droit d'en attendre dans les tumeurs malignes circonscrites, les tumeurs bénignes inopérables par voies naturelles, les sténoses de diverses origines et la tuberculose elle-même de l'organe vocal.

Pourtant les indications de la laryngo-fissure dans les papillomes de l'enfance restent encore imprécises. Des chirurgiens comme Chiari préfèrent dans le jeune âge parer simplement aux troubles dypsnéiques par la trachéotomie, et interviennent beaucoup plus tard par le larynx.

Nous voyons d'autre part, dans un récent traité classique des maladies de l'enfance, la thyrotomie interdite au-dessous de cinq ans.

Deux cas de sténose laryngée par papillomes, observés chez des enfants âgés respectivement de 2 ans et demi et de 8 ans, et guéris dans d'excellentes conditions par la trachéo-thyrotomie, nous paraissent de nature à justifier une utilisation plus large de cette intervention.

Les deux malades, atteints de tumeurs papillomateuses diffuses, ont recouvré immédiatement la respiration, et la voix, perdue depuis longtemps, a été récupérée en 15 jours dans un cas et dans l'autre en six semaines. Aucun n'a eu jusqu'à présent de récidive, bien que l'opération date de plus d'une année.

Pour obtenir ces résultats, il suffit de détruire minutieusement toute trace de néoplasme et d'affronter avec exactitude les deux lames du thyroïde.

Tuberculose pseudo-lymphadénique et lymphadénome. — Présentation de pièces ; ganglion tuberculeux (tuberculose hypertrophiante) ; ganglion lymphadénique. *Société de médecine de Nancy*, séance du 10 janvier 1900.

Une observation de tuberculose ganglionnaire pseudo-lymphadénique. — En collaboration avec le Dr Hoche, chef des travaux d'anatomie pathologique. *Revue médicale de l'Est*, janvier 1900 (1 planche).

Les caractères de l'observation clinique peuvent être résumés ainsi :

1° Longue évolution de la maladie (18 ans) ;

2° Tumeur ganglionnaire formée de masses accolées, mais facilement isolables, mobiles sous la peau ;

3° Absence complète de suppuration ;

4° État général bon.

Toutes les coupes histologiques pratiquées dans les ganglions extirpés ont donné des résultats analogues.

Les masses hypertrophiées présentent une lobulation apparente qu'il est facile de reconnaître, comme la conservation au milieu du processus pathologique de l'organisation folliculaire du ganglion.

Les lésions les plus récentes (nodules tuberculeux jeunes) étaient à la périphérie, les plus anciennes (au stade vitreux de la réaction cellulaire) étaient au centre.

3° CHIRURGIE ABDOMINALE

De l'hématome de l'arrière-cavité des épiploons. — Thèse de Nancy, 1897-98.

Cette thèse nous a été inspirée par M. le professeur Gross, à la suite d'une opération pratiquée par lui pour traiter un épanchement sanguin d'origine traumatique, enkysté dans l'arrière-cavité des épiploons.

Cet hématome de l'arrière-cavité des épiploons n'est qu'une variété des épanchements sanguins enkystés dans la cavité péritonéale. Mais il mérite une description à part à cause de sa localisation toute spéciale et des symptômes très nets qui en font une véritable entité morbide.

Son histoire se confond avec celle des épanchements péritonéaux enkystés. Ce n'est que dans ces dernières années que l'on a commencé à l'étudier à part.

Après un court chapitre d'historique, et l'exposé des recherches anatomiques dont nous avons déjà parlé, nous étudions l'étiologie et la pathogénie de ces épanchements sanguins.

Les épanchements sanguins dans cette cavité peuvent être dus :

a) *A un traumatisme qui les provoque directement;*

b) *A des lésions de dégénérescence vasculaire;*

c) *A des lésions d'organes voisins de l'arrière-cavité,* lésions survenant en dehors de tout traumatisme.

Le traumatisme est en somme la cause la plus fréquente.

Il s'agit le plus souvent de traumatismes assez violents qui portent sur la partie supérieure de l'abdomen.

Parmi les organes qui sont le plus souvent lésés, il faut citer le pancréas.

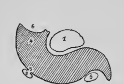
Les grandes hémorrhagies qui accompagnent les blessures du pancréas sont au-dessus des ressources du chirurgien.

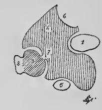
Mais, d'après Hadra *(Medical Record,* juillet 1896), les ruptures et déchirures du pancréas ne sont pas accompagnées de grandes hémorrhagies. La lésion que l'on trouve ordinairement est la simple fissure.

Cet auteur ajoute qu'il n'est pas toujours nécessaire d'incriminer un traumatisme violent pour expliquer la déchirure du feuillet péritonéal qui recouvre la glande.

Le traumatisme peut être cause ainsi de la rupture d'un kyste pancréatique.

Or, ces kystes sont fréquemment hémorrhagiques.





Schémas, d'après Hadra.

Fig. 1. — Rupture du pancréas. — 1. Estomac. — 2. Pancréas. — 3. Endroit de la rupture. — 4. Arrière-cavité des épiploons. — 5. Côlon transverse. — 6. Foie.

Fig. 2. — Rupture d'un kyste pancréatique. — 3. Kyste pancréatique — 7. Lieu de la rupture du kyste.

Le traumatisme peut user d'autres organes : estomac, tronc cœliaque, lobule de Spiegel, mais ces cas sont rares.

Les hématomes dus à des lésions de dégénérescence vasculaire sont rares.

Ceux dus à des lésions des organes voisins, surtout à des lésions du pancréas, sont bien plus fréquents.

A la suite du traumatisme, il se produit ou bien une hémorrhagie puis une péritonite qui circonscrit l'épanchement, c'est le cas le plus fréquent; ou bien au point lésé il se produit une péritonite adhésive qui va être la source d'hémorrhagie, les vaisseaux de nouvelle formation que les fausses membranes renferment étant très friables et pouvant se rompre facilement.

En tous cas, l'enkystement est favorisé par les dispositions anatomiques de l'arrière-cavité. L'hiatus de Winslow, fréquemment oblitéré, est situé en baut à droite, bien au-dessus de la partie principale de l'arrière-cavité, le prolongement gauche ; dans quelques cas

impossible, le passage des liquides dans la grande cavité péritonéale est toujours difficile.

De plus, quand le traumatisme a lésé le pancréas, l'action du suc pancréatique qui se mélange au sang en plus ou moins grande quantité, suffit pour provoquer un léger degré de péritonite qui favorise l'enkystement.

L'hématome de l'arrière-cavité des épiploons peut être dû à une lésion non traumatique d'un des organes voisins de l'arrière-cavité. Ce sont les lésions du pancréas qui sont de beaucoup les plus importantes à connaître.

A la suite d'un traumatisme, d'une infection venue le plus souvent de l'intestin, le coli-bacille étant en cause, à la suite d'une stase vasculaire survenue au cours d'une pancréatite interstitielle, des hémorrhagies plus ou moins graves peuvent se faire dans l'intérieur de la glande.

Ces hémorrhagies sont accompagnées le plus souvent de nécrose de tissu adipeux. C'est grâce à ces foyers de nécrose développés en avant du pancréas que le sang peut faire issue et venir se collecter dans l'arrière-cavité.

Si le processus est très aigu, la mort est presque fatale; mais dans les cas les plus légers, le sang, plus ou moins altéré, va causer une péritonite localisée, il s'enkystera. Dès que les phénomènes aigus auront disparu, les parois de l'arrière-cavité, tapissées de néo-membranes, sécrèteront de la sérosité, d'où apparition plus ou moins tardive d'une tumeur épigastrique qui pourra nécessiter une intervention chirurgicale.

Nous rapportons une trentaine d'observations recueillies dans la littérature médicale étrangère et française, où les différentes causes dont nous venons de parler sont à incriminer.

D'après ces observations, nous avons pu décrire les symptômes cliniques que l'on observe quand il y a un hématome dans la bourse épiploïque.

Dans cette étude symptomatologique, nous avons distingué deux grands groupes :

Les *hématomes d'origine traumatique ;*

Les *hématomes en apparence spontanés, consécutifs presque tous à une pancréatite.*

Les symptômes du début sont tout à fait différents dans ces deux groupes.

Mais la tumeur étant constituée, les *symptômes objectifs* sont les mêmes.

Après avoir étudié le siège de la tumeur, qui correspond aux donnécs anatomiques; l'aspect de la tumeur, nous avons insisté sur

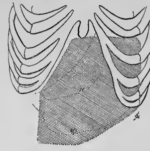


Fig. 3.

un des signes physiques les plus importants : *sur le rapport de la sonorité stomacale avec la matité de la tumeur.*

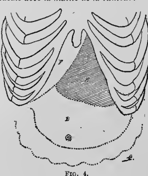


Fig. 4.

Dans l'observation de M. Gross, on voit, d'après le schéma ci-dessus, quelle était l'étendue de la matité et la situation de l'estomac par rapport à la tumeur (fig. 3).

D'après les différentes observations que nous avons recueillies,

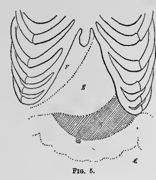


Fig. 5.

l'estomac est tantôt situé à la partie inférieure de la tumeur : on trouve au-dessus de la zone de sonorité stomacale, une zone de matité à la

Fig. 6.

Fig. 7.

région épigastrique (fig. 4) ; tantôt, au contraire, l'estomac est situé

à la partie supérieure : on trouve de la matité au-dessous de la zone de sonorité stomacale (fig. 5).

Les kystes du pancréas ont des rapports à peu prés semblables.

Les uns se développent du côté de l'épiploon gastro-hépatique, au-dessus, par conséquent, de la petite courbure de l'estomac (fig. 6) ; les autres se développent dans la direction du ligament gastro-colique : l'estomac est alors situé en haut et recouvre en grande partie la face antérieure de la tumeur (fig. 7).

Ils peuvent enfin se développer librement dans la cavité abdominale, le côlon et l'estomac étant situés au-dessus de la tumeur (fig. 8).

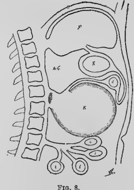


Fig. 8.

Les rapports de l'estomac avec ces tumeurs développées dans l'intérieur de l'arrière-cavité des épiploons, hématomes ou kystes, sont des plus importants, ils sont pathognomoniques.

Nos recherches anatomiques nous ont confirmé ces rapports.

Après avoir étudié les troubles fonctionnels, qui consistent surtout en troubles gastriques plus ou moins intenses, qui nous sont expliqués par les rapports de l'épanchement de la tumeur avec le duodénum, nous voyons quelle est l'évolution de ces épanchements sanguins et comment on peut les diagnostiquer.

Nous insistons sur le diagnostic tiré de l'examen du liquide, sur le diagnostic différentiel, et nous montrons que ce sont les kystes

pancréatiques qui sont seuls difficiles à différencier des épanchements enkystés de l'arrière-cavité des épiploons.

Ce diagnostic est possible cependant, d'après les commémoratifs et d'après les signes objectifs.

Un kyste pancréatique forme toujours une tumeur bien limitée, plus ou moins mobile, rarement très volumineuse.

Un épanchement dans l'arrière-cavité constitue une masse fluctuante, élastique, mais moins bien limitée. Cette tumeur s'étend toujours plus du côté gauche qu'un kyste pancréatique.

Souvent on trouve de la matité en arrière, ce qui n'a pas lieu pour un vrai kyste.

Nous terminons en disant que la thérapeutique de choix est l'intervention chirurgicale, qui doit consister, croyons-nous, en une laparotomie avec incision de la poche kystique après suture de celle-ci à la plaie pariétale.

Un cas de hernie propéritonéale étranglée. — *Revue médicale de l'Est*, juillet 1899.

Observation d'un malade que nous avons opéré dans le service de M. le professeur Gross.

Chez ce malade, le testicule était en place.

Hernie étranglée chez un enfant de 16 mois. Ganglions mésentériques hypertrophiés. Rôle des ganglions dans la production ds l'étranglement. — *Archives générales de médecine*, mars 1901 (2 figures).

Chez cet enfant, la hernie était apparue dès les premiers jours qui suivirent la naissance.

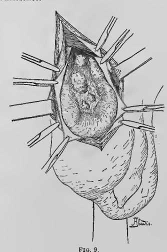


Fig. 9.

Une alimentation vicieuse provoqua le développement de ganglions mésentériques.

A la suite d'un effort quelconque, cette hernie, qui était mal contenue par le bandage, est devenue plus volumineuse ; elle s'est engouée, puisque pendant plus de vingt-quatre heures l'enfant n'a pas eu d'arrêt ni des matières, ni des gaz ; il ne vomissait pas.

Cette hernie, d'irréductible est définitivement devenue étranglée quand le mésentère hernié a voulu repasser l'anneau inguinal ; les ganglions hypertrophiés, encore augmentés de volume par la congestion, se sont engagés dans l'intérieur du canal ; là ils ont comprimé

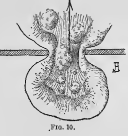


FIG. 10.

les deux bouts de l'anse et ont arrêté la circulation des matières et des gaz. La hernie s'est étranglée.

C'est un fait qui confirme la théorie émise par M. le prof. Berger, pour expliquer l'action du mésentère comme agent de l'étranglement.

Pincement latéral d'une anse de l'intestin ou étranglement du diverticule de Meckel. Présentation de pièce. — *Société de médecine de Nancy*, séance du 14 mars 1901.

Appendicite. Complications pleuro-pulmonaires. Mort par vomique. — En collaboration avec le Dr André, professeur agrégé. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 7 février 1901.

Chez la malade qui fait le sujet de cette observation, la complication pleurale semble ne s'être produite qu'au bout de plusieurs jours, 8 ou 9 août 1900, alors que le début de l'appendicite remontait au 25 juillet.

C'est la plèvre droite, comme toujours dans les cas de ce genre, qui fut atteinte, et l'infection pleurale s'est installée insidieusement, venant compléter l'infection péritonéale, sans qu'on puisse fixer exactement le moment où elle a commencé.

La succession des lésions a dû être la suivante : appendicite à type remontant, fusée purulente vers le foie, accès sous-phrénique, pleurésie diaphragmatique terminée par l'ouverture dans une bronche et mort probablement par inondation de l'arbre bronchique.

Ce cas malheureux montre bien la gravité du pronostic de la pleurésie purulente appendiculaire, venant s'ajouter à celui déjà suffisamment grave par lui-même de l'infection péritonéale.

Sans doute une intervention chirurgicale plus précoce l'eût mise à l'abri de cette complication.

5° GYNÉCOLOGIE

De l'embolie pulmonaire après les opérations pour tumeurs fibreuses de l'utérus, en particulier après l'hystérectomie totale ou sub-totale. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, juillet-août 1900, n° 4.

Les tumeurs fibreuses de l'utérus sont regardées comme des tumeurs bénignes; cela est vrai sur le terrain anatomo-pathologique, mais non sur le terrain clinique. Ces tumeurs peuvent être regardées comme des tumeurs malignes, pour mieux dire, graves.

Cette malignité, cette gravité, se jugent d'après le développement de la tumeur entraînant souvent de nombreux accidents ou complications, mais aussi d'après les dangers que font courir les opérations nécessaires pour la traiter.

A la suite de ces opérations il est une cause de mort que la plupart du temps on ne peut prévoir, qui survient comme un cataclysme, l'embolie pulmonaire.

Après un court chapitre d'historique où nous citons les principaux chirurgiens qui se sont occupés de cette question, nous montrons, d'après l'étude de nombreuses statistiques, quelle est la fréquence de l'embolie pulmonaire après les opérations pour fibromes.

Après les hystérectomies totales ou sub-totales, la mortalité par embolie est en moyenne de 2 p. 100.

Pourquoi se produit cette embolie?

Elle est toujours consécutive à une thrombose des veines du bassin ou des veines des membres inférieurs. Cette thrombose peut exister avant l'opération; elle peut être la conséquence de l'opération.

Après avoir étudié les différents facteurs qui peuvent causer une thrombose veineuse au cours de l'évolution d'un fibrome, nous montrons *qu'après l'opération* il faut incriminer :

1° *Les altérations du sang* : ces altérations étant sous la dépendance d'hémorrhagies antérieures à l'opération amenant un degré d'anémie souvent extrême ;

2° *Les altérations des parois veineuses*, c'est-à-dire les lésions traumatiques étant la conséquence directe de l'acte chirurgical.

La phlébite peut être une phlébite aseptique; mais aux facteurs

précédents, il faut le plus souvent ajouter l'*infection*, cette infection pouvant être légère. Les veines dénudéee sont privées d'un grand nombre de leurs moyens de nutrition et de résistance. Au point de vue de l'envahissement des agents patbogènes, elles eont en état d'infériorité; pour cette raison, l'infection peut être réduite au minimum et aboutir cependant à la formation d'un thrombus.

La pathogénie connue, nous montrone, *quand survient l'embolie, dans quelles conditions elle survient.*

La date de l'apparition est tout ce qu'il y a de plus variable; elle survient toujours comme un coup de foudre, la cause occasionnelle étant toujours très peu importante.

L'étude des phénomènes que l'on observe après l'opération peut-elle nous donner des renseignements qui nous permettront de prévoir la thrombose et peut-être de nous prémunir contre elle?

C'est l'étude du pouls qui peut, seule, nous donner des renseignemente.

Quand on observe une augmentation du pouls aprés les premiers jours de l'opération, alors que les dangers de l'infection eont déjà à l'arriére-plan, alors que la température est normale ou presque normale, pendant un bien-être complet ou relatif, en un mot sans cause appréciable, l'attention du chirurgien doit être attirée sur ce symptôme qui plaide pour une thrombose.

Dans quelques cas la mollesee du poule est encore plue frappante que sa fréquence.

Mais la fréquence du poule les jours qui suivent l'opération, fréquence en contraste avec la température normale, est le seul signe qui permette de prévoir une thrombose cachée.

Si l'on observe cette fréquence du pouls, il faut prendre les précautions qui dégageront la responsabilité du chirurgien; il faut prescrire le repoe absolu pendant plusieurs semaines et éviter de faire faire à la malade des efforts ou des mouvements, limités soient-ils.

En présence d'une embolie déclarée, nous sommes le plue souvent impuissants.

Note sur les accidents provoqués par la coexistence de deux kystes ovariques; gangrène d'un kyste par compression due à un autre kyste. — En collaboration avec le Dr André. — *Gazette des hôpitaux*, 5 avril 1898.

Nous passons en revue lee divers accidents des kystes ovariques pouvant être causée par la présence dans l'abdomen de kystes bilatéraux.

Or ces accidents ne sont pas très fréquents, car cette coexistence de deux kystes assez volumineux est elle-même rare.

Ce sont des accidents de compression qui se traduisent par l'enclavement d'une des tumeurs dans le petit bassin, la rupture du kyste, la torsion et même la rupture du pédicule.

Après avoir cité quelques exemples de ces diverses complications, nous rapportons une observation intéressante d'un accident heureusement très rare, mais très grave, survenu chez une malade du service de M. le professeur Gross, la gangrène d'un kyste par compression due à un autre kyste.

Il s'agissait d'un kyste pédiculé de l'ovaire droit prolabé dans le cul-de-sac de Douglas et d'un volumineux kyste intraligamentaire de l'ovaire gauche qui, par suite de son accroissement, avait incarcéré dans le petit bassin, comprimé et finalement sphacélé le premier, d'où des accidents de septicémie et de peritonite qui entraînèrent la mort de la malade.

Appendicite et suppuration des kystes de l'ovaire. *Bulletin médical*, 13 octobre 1900.

La clinique, les observations recueillies au cours des laparotomies ont montré dans ces dernières années quelles étaient les relations existant entre les maladies du diverticule cæcal et les affections utéro-annexielles.

On sait maintenant quel rôle important l'appendicite joue en gynécologie.

Treub (d'Amsterdam) a montré que le ligament large est un véritable déversoir des produits inflammatoires de l'appendicite, qui peut occasionner une paramétrite pouvant aboutir à la suppuration. De plus, l'appendicite peut être la cause d'une salpingo-ovarite, et inversement une lésion inflammatoire utéro-annexielle peut être le point de départ d'un appendicite.

Pour cela il faut un contact immédiat entre l'appendice et les annexes. Dans un groupe de cas, c'est l'appendice qui vient se mettre en rapport avec les annexes, leur adhérer; il est alors en situation pelvienne, situation très fréquente chez la femme.

Dans un autre ordre de faits, les annexes se rapprochent de l'appendice ; elles sont fixées par des adhérences lombo-iliaques ; elles se mettent en rapport immédiat avec l'appendice.

Mais si les annexes peuvent venir se mettre en rapport immédiat avec l'appendice, il en est de même et à plus forte raison, à cause de leur développement, des productions néoplasiques et surtout des

productions kystiques développées aux dépens de l'ovaire et du parovaire. L'appendice peut adhérer aux kystes de l'ovaire, s'il est le siège d'une lésion inflammatoire. Cette lésion inflammatoire peut être le point de départ d'une infection du kyste.

Nous avons observé dans le service de M. le professeur Gross trois kystes de l'ovaire suppurés.

La clinique, la laparotomie, l'examen histologique de l'appendice et de la paroi à laquelle il était adhérent, l'examen bactériologique nous ont prouvé que dans nos observations, la suppuration était nettement due à une infection partie de l'appendice.

Ces adhérences de l'appendice aux kystes de l'ovaire sont relativement rares, si nous en croyons la thèse de Chognon et les statistiques que nous avons consultées.

De plus, quand il y a adhérences de l'appendice à la paroi d'un kyste, la suppuration n'est pas une conséquence nécessaire. Elle est favorisée par certaines causes prédisposantes, dont les plus importantes sont les suivantes :

Les traumatismes locaux, dus souvent à la présence d'une autre tumeur qui par compression, par frottements répétés, entraîne des modifications dans la constitution de la paroi du kysto;

La grossesse, qui a une influence sur les parois du kyste qui sont plus congestionnées que normalement; l'utérus gravide, en se développant, peut aussi les comprimer, les léser.

Dans deux de nos observations, ces conditions existaient.

La composition du liquide kystique aurait aussi un rôle.

Les kystes hématiques s'infectent plus facilement; il en est de même pour la nature du kyste, les kystes dermoïdes s'infectent très souvent.

L'examen bactériologique du contenu des kystes a été particulièrement intéressant.

Dans un cas, nous n'avons trouvé ni à l'examen direct, ni en culture, d'autres microorganismes que le colibacille.

Or, les observations où l'on a rencontré le colibacille comme seul agent de la suppuration sont très rares. Le plus souvent il est associé à un autre microbe pathogène, le staphylocoque ou le streptocoque.

Dans nos deux autres observations, les cultures, les examens directs ne nous ont donné aucun résultat.

Faut-il admettre que le pus a été un moment donné virulent, mais que les microbes sont morts parce que le milieu leur était devenu défavorable? Cela est possible.

Quoi qu'il en soit, Heinricius et Mengold ont bien montré que le contenu des kystes n'offre pas toujours un milieu nutritif également favorable.

Plus le contenu est visqueux et épais, riche en substance colloïde, plus les microorganismes ont de peine à se développer. Au contraire, un liquide plus séreux et plus fluide forme un bon milieu nutritif.

On peut avoir affaire aussi à des espèces anaérobies.

M. le professeur Terrier (*Revue de chirurgie*, janvier 1900) a signalé l'existence de microbes anaérobics dans certaines formes de l'appendicite. Isolés, ils donnent naissance à une gangrène foudroyante de l'appendice. Associés à d'autres espèces, le plus souvent streptocoque ou colibacille, la marche est moins rapide.

On peut admettre que dans une infection du contenu d'un kyste par des anaérobies associés à une autre espèce, ces anaérobies devenant prédominants, l'autre espèce disparaît.

Si l'on n'emploie que les procédés ordinaires de culture, le pus semblera stérile.

Dans l'étude de la symptomatologie, nous montrons que l'un des signes les plus importants à chercher, car il peut mettre sur la voie du diagnostic, est l'apparition de symptômes douloureux plus ou moins intenses, en même temps que l'on remarque une augmentation très rapide du volume du ventre, due à l'accroissement de la tumeur, dès qu'elle est suppurée. Après avoir montré la gravité du pronostic, nous insistons sur la nécessité d'une intervention qui doit être l'extirpation, mais si cette extirpation est dangereuse à cause des adhérences, il faut, après avoir décollé une partie de la poche, réséquer cette portion, marsupialiser et drainer le reste.

Expulsion spontanée d'un « énorme polype » fibreux compliquée d'inversion totale de l'utérus. — En collaboration avec M. G. Gross. — Présentation de pièce à la *Société de médecine de Nancy*, 8 mars 1899. — *Revue médicale de l'Est*, mars 1899.

Abcès de l'ovaire. — En collaboration avec le Dr Hoche, chef des travaux d'anatomie pathologique. — *Soc. de médecine de Nancy*, 22 février 1899.

L'ovaire était doublé de volume. L'examen histologique rapproché des commémoratifs cliniques a permis d'établir que le début des lésions était fort ancien et qu'après une longue période de latence, l'abcès avait évolué au niveau d'un corps jaune à l'occasion d'une infection post-partum propagée à l'ovaire par voie lymphatique.

6° APPAREIL URINAIRE

Rupture de la vessie chez un rétréci. — En collaboration avec M. G. Gross. — *Société de médecine de Nancy*, séance du 25 janvier 1899.

Cette rupture est survenue à la suite d'une crise de rétention complète chez un malade âgé de 58 ans, atteint depuis plus de deux ans de rétrécissement blennorrhagique ; elle a été occasionnée par les efforts violents que cet homme fit pour uriner, au cours de cette crise de rétention.

Cette rupture était extra-péritonéale, l'orifice était situé nettement au-dessous du point où le péritoine s'infléchit pour aller tapisser le rectum.

Le péritoine a été lésé secondairement, l'urine s'est ouvert une voie pour gagner l'abdomen, où elle a déterminé une péritonite mortelle.

Ces ruptures de la vessie chez les rétrécis sont chose rare.

M. Guyon, dans ses leçons cliniques, dit n'avoir observé que trois cas de rupture par rétention chez des rétrécis dans l'espace de vingt-six ans.

Chez notre malade, la vessie n'avait jamais présenté aucune trace d'inflammation, les parois étaient normales à l'examen histologique.

Pour expliquer cette rupture, il faut incriminer :

1° La contraction des muscles de la paroi abdominale agissant sur le globe vésical ;

2° Les contractions mêmes de la tunique musculaire de la vessie.

Présentation de l'appareil uro-génital d'un malade atteint de rétrécissement de l'urèthre. — En collaboration avec M. G. Gross. — *Société de médecine de Nancy*, séance du 26 avril 1899.

En plus de ce rétrécissement, le malade avait des lésions tuberculeuses de la prostate, s'étendant jusqu'à la région membraneuse de l'urèthre.

7° CHIRURGIE DES MEMBRES

Rupture sous-cutanée directe de l'artère humérale. Oblitération consécutive. Guérison sans gangrène. — *Gazette des hôpitaux*, 15 janvier 1901.

Sous le nom de ruptures sous-cutanées directes des grosses artères, on décrit des cas où un choc porte directement sur l'artère en laissant la peau, les articulations, le squelette intacts, mais produisant des lésions diverses de la paroi artérielle qui se traduisent le plus souvent par l'oblitération et la gangrène consécutive.

C'est un cas de cette nature que noue rapportons ; l'artère lésée était l'artère humérale.

Il s'agissait d'un traumatisme violent ayant atteint la région du tiers supérieur du bras.

L'artère a dû être prise entre l'agent vulnérant et un plan osseux résistant, l'humérus.

Ce traumatisme a produit des lésions de la paroi artérielle qui ont été suivies presque immédiatement de l'oblitération de l'artère

Les signes de cette oblitération ont été l'absence du pouls dans la zone sous-jacente au point blessé, la pâleur et le refroidissement du membre, remarqués par le malade lui-même immédiatement après l'accident.

Ce refroidissement était très prononcé, puisque entre la température locale en dessous du point contus et la température du corps il existait un écart de 10 degrés.

L'examen local permettait de reconnaître l'existence d'un cordon dur, occupant la place de l'artère.

Les suites consécutives ont été la réapparition du pouls très tardivement, la guérison sans gangrène, le malade ne gardant que des troubles fonctionnels relativement peu marqués.

Cette guérison sans gangrène est un fait exceptionnel, car d'après les observations recueillies par Lejars dans son article de la *Revue de chirurgie* de 1898, elle est presque toujours la règle.

Un cas d'hémimélie. Présentation de radiographies. — *Société de médecine de Nancy*, séance du 25 juillet 1900.

Traitement des fractures de la rotule par la suture de la capsule. Procédé de Vallas, de Lyon. — Communication à la *Société de médecine de Nancy*, 27 juin 1900.

Nous avons rapporté dans cette communication deux observations de fractures de la rotule que nous avons opérées d'après les principes du procédé de Vallas, dans le service de M. le prof. Gross.

Le résultat obtenu a été très bon ; dans les deux cas, le premier pansement a été enlevé au bout de huit jours, et tout de suite après nous avons commencé le massage.

Un de nos opérés marchait très facilement trois semaines après l'opération ; six semaines après, il avait repris ses occupations ; il fléchissait et étendait très facilement sa jambe, il pouvait monter des escaliers sans aucune fatigue.

Suivant les conseils de notre maître, M. le professeur Gross, dans ces deux opérations, au lieu de pratiquer l'incision transversale de Vallas pour aborder le foyer de la fracture, nous avons fait l'incision verticale qui donne autant de jour ; au point de vue des suites éloignées, cette incision verticale est préférable à l'incision transversale.

La suture de la capsule est plus facile que la suture osseuse ; on n'a pas à craindre, au moment du forage des trous, l'éclatement des fragments. Avec la suture des parties fibreuses, même dans le cas de fractures à fragments multiples, le contact des différentes parties est très facilement obtenu et la soudure se fait rapidement.

Large évidement de l'extrémité supérieure du tibia pour extraire un séquestre ostéomyélitique ; occlusion de la cavité osseuse consécutive par l'ostéoplastie directe. Présentation de malade. — Communication faite à la *Société de médecine de Nancy*, séance du 25 juillet 1900.

Nous avons eu l'occasion de pratiquer cette opération dans le service de M. le professeur Gross, chez un malade entré pour une ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du tibia.

Dans une première opération, nous enlevâmes un volumineux séquestre occupant toute la partie supérieure de la diaphyse tibiale ; un large évidement de cette extrémité supérieure fut nécessaire, le tissu spongieux étant infiltré de pus.

Les suites opératoires furent normales. Six semaines après, il restait une vaste cavité tapissée par une membrane bourgeonnante, mais n'ayant aucune tendance à se combler.

Nous mobilisâmes alors une des parois latérales de cette cavité.

A cause de la disposition des parois de la cavité, à cause de sa forme, il fallut tailler un volet postéro-externe.

M. le professeur Ollier conseillait la taille d'un volet postéro-interne, mais chez notre malade cette mobilisation aurait été impossible.

Avec le volet postéro-externe, mobilisé et appliqué sur la face interne de la cavité, celle-ci fut facilement comblée. Un mois après cette opération, le malade était complètement guéri.

Grâce à cette ostéoplastie, nous avons abrégé le repos forcé et le séjour à l'hôpital de ce malade.

Présentation de pièces de tumeurs du pied. — *Société de médecine de Nancy*, séance du 24 janvier 1900.

Sarcome de l'astragale.

Épithélioma du calcanéum.

Cet épithélioma s'était développé au niveau d'une cicatrice consécutive à un traumatisme (prise de la jambe dans un laminoir), ayant intéressé en même temps que les téguments le squelette du pied.

Un cas de sarcome de l'astragale. Contribution à l'étude des sarcomes des os du tarse. — *Revue d'orthopédie*, 1er novembre 1900 (1 figure).

Si les ostéo sarcomes sont fréquents au membre inférieur, ils sont rares au pied.

Dans une statistique de Schwartz, comprenant 155 cas d'ostéosarcomes du membre inférieur, on ne trouve que 8 tumeurs des os du tarse.

Nous rapportons un cas de sarcome de l'astragale que nous avons observé dans le service de M. le professeur Gross.

A ce propos, nous étudions les sarcomes des os du tarse.

Les sarcomes du calcanéum sont de beaucoup les plus fréquents. Ce sont des sarcomes fuso-cellulaires, ils sont centraux ou périphériques. Au niveau des autres os du tarse, on rencontre surtout des sarcomes périphériques à point de départ périostique, des sarcomes fasciculés.

Après avoir étudié l'étiologie, la symptomatologie de ces tumeurs, nous montrons au chapitre diagnostic, après MM. Polosson et Bérard, l'importance de la radiographie.

Grâce à elle on peut porter dès le début de l'affection le diagnostic de tumeur, ce qui est très important.

En effet, dans les premières périodes de leur évolution, les tumeurs sarcomateuses ayant une marche extrêmement lente, offrent une grande ressemblance avec les ostéo-arthrites tuberculeuses du pied.

La confusion a été souvent faite. Cliniquement, le diagnostic est possible; mais la radiographie permet un diagnostic très ferme.

Dans le cas de tuberculose des os du tarse, la radiographie montre que les os sont raréfiés, ils ont gardé leurs contours normaux, mais ils sont devenus presque complètement perméables aux rayons X.

Dans le cas de tumeur, on n'observe pas de raréfaction centrale avec intégrité relative des contours comme dans l'ostéo-tuberculose. L'os présente ordinairement une perte de substance se traduisant par une zone claire découpée comme à l'emporte-pièce, se continuant en avant par des tons dégradés jusqu'à la limite de la tumeur.

Dans notre cas, cette disposition était très nette.

La radiographie permet souvent le diagnostic de la nature ; grâce à elle on peut reconnaître si l'on se trouve en présence d'une tumeur à myéloplaxes ; les indications du traitement peuvent être modifiées, puisque pour ces tumeurs on peut proposer une opération conservatrice.

Enfin elle permet de localiser la tumeur.

Pour le diagnostic du siège, il est deux signes importants, croyons-nous, quand il s'agit d'une tumeur de l'astragale.

Sur la face supérieure de la tumeur, on trouve toujours une gouttière, une dépression plus ou moins profonde, due à la présence des tendons de l'extenseur commun des orteils et de l'extenseur propre du gros orteil.

De plus, la tumeur, partie de l'astragale, occupe d'abord le milieu du dos du pied, mais en augmentant de volume ; elle rencontre à la partie externe le muscle pédieux. Ce muscle est bien refoulé, mais en raison de la proximité de son point d'attache supérieur, il résiste et oblige la tumeur à se développer du côté interne du pied.

Ces deux signes appartiennent seulement aux tumeurs développées aux dépens de l'astragale.

Trois cas de fractures graves traitées par le massage. — Présentation des malades. — *Société de médecine de Nancy*, séance du 14 juin 1899.

8° DIVERS

Fibromes de la paroi abdominale. — Leçon clinique de M. le prof. Gross. — *Bulletin médical*, 31 mars 1900.

Principes généraux de la chirurgie du cœur. — Conférence faite à la *Réunion biologique de Nancy*, 3 mars 1900.

De l'emploi du sérum gélatiné comme hémostatique local. — Communication faite à la *Réunion biologique de Nancy*, 11 juin 1900.

Après avoir rapporté plusieurs observations où le sérum, dans le cas d'hémorrhagies graves, nous a donné les meilleurs résultats, nous montrons que le sérum permet, dans le cas d'extirpations de petites tumeurs, principalement de la face, d'appliquer aussitôt après l'ablation de ces tumeurs une greffe épidermique taillée suivant la méthode d'Ollier-Thiersch.

Le sérum arrête plus rapidement que tout autre moyen l'hémorrhagie ; d'autre part, à cause de son action nutritive, il contribue pour beaucoup au succès de la greffe.

Observations.

In thèse de Lallemand, Nancy, 1900. *Hernies du gros intestin.*

In thèse de Doctoroff, Nancy, 1900. *Chancre de l'amygdale.*

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE, HAVRE